

Raquel Pereira da Silva do Espírito Santo

Bem-estar Psicológico: Validação da Escala Psychological
General Well-being para a população portuguesa

Orientadora: Professora Dra. Teresa Souto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto

(2015)

Raquel Pereira da Silva do Espírito Santo

**Bem-estar Psicológico: Validação da Escala
Psychological *General Well-being* para a
população portuguesa**

**Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

Presidente: Prof.^ªa Doutora Inês Martins Jongenelen

Arguente: Prof.^a Doutora Maria José Pereira Ferreira

Orientador: Professora Dra. Teresa Souto

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

Porto
(2015)

Agradecimentos

Com a finalização desta Dissertação, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar quero agradecer a todos os participantes deste estudo, uma vez que sem eles não se concretizaria a realização do mesmo.

Quero agradecer à minha família, namorado e amigos, pois sem eles dificilmente conseguiria chegar até aqui. Obrigada por todo o apoio, por estarem sempre lá para me amparar, para me criticar, para me congratular fazendo-me sentir uma pessoa melhor e capaz de tudo.

Agradeço às minha amigas Vanessa e Ju por terem sido um grande apoio em tudo o que precisei e nunca me terem deixado desanimar nas alturas mais difíceis.

Um obrigada mais do que especial à minha Mãe, Pai, Avó e irmã. Por estarem lá sempre que preciso, principalmente à minha Mãe, meu pilar em tudo o que acontece na minha vida e por nunca me deixar desistir de nada. Sem ti, não seria nem chegaria onde estou hoje. Um obrigada apenas, não chega.

Agradeço a orientação que a Professora Doutora Teresa Souto me disponibilizou sempre, durante a elaboração deste projeto de dissertação. Obrigada pela pessoa e profissional que demonstrou ser.

Resumo

O Bem-estar Psicológico tem sido ao longo dos anos, foco de atenção e estudo, relativamente ao nível do seu impacto na saúde do ser humano.

O presente estudo tem como objetivo a validação da Escala de *Psychological General Well-being* da autoria de Harold Dupuy em 1984, para a população portuguesa. Para esse efeito, contou-se com a participação de um total de 600 indivíduos, com idades acima dos dezoito anos de idade, sem serem portadores de doença crónica, de ambos os géneros e provenientes de duas zonas geográficas: Porto e Vila Nova de Gaia.

Como resultado deste estudo e com recurso à Análise Fatorial Confirmatória partindo do modelo original proposto pelo autor, concluiu-se que esta escala não pode ser validada para a população portuguesa, não apresentando bons índices de adequabilidade para a mesma.

Palavras-chave: Saúde; Bem-estar Psicológico; Escala de *Psychological General Well-being*; Análise Fatorial Confirmatória

Abstract

Over the past years, The Psychological Well-being has been the focus of attention and study, especially in what relates to its impact on the health of human beings. The present study aims to validate the *Psychological General Well-being Scale* developed by Harold Dupuy in 1984 for the Portuguese population. For this purpose, data was obtained from a total of 600 participants aged over eighteen, of both genders, with no chronic disease, and from two geographic areas (Porto and Vila Nova de Gaia).

Bearing in mind the results of this study and using the confirmatory factor analysis from the original model presented by the author, we could conclude that this scale cannot be validated as far as the Portuguese population is concerned, since it neither produces good suitability indices.

Keywords: Health, Psychological Well-being; Psychological General Well-being Scale; Confirmatory Factor Analysis

Introdução

O presente estudo, no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, visa uma validação de uma escala já existente, a Escala de *Psychological General Well-Being*, em português, Escala de Bem-estar Psicológico Geral, da autoria de Harold Dupuy (1984), para a população portuguesa.

O questionário aplicado é composto por 22 itens, que se encontram subdivididos por seis subescalas, permitindo avaliar os sintomas e sentimentos vividos durante o último mês, pelo indivíduo, relativamente ao seu Bem-estar Psicológico.

Abrangendo essencialmente, o Bem-estar Psicológico, trata-se de um tema que tem tido um impacto crescente em várias dimensões da vida do ser humano. Desta forma, tem vindo a aumentar o número de estudos sobre o Bem-estar Psicológico e de que modo este permite chegar a diferentes conclusões sobre as variáveis que o influenciam, tendo sempre em conta a perspetiva subjetiva de cada um.

O trabalho apresenta-se estruturado da seguinte forma: a primeira parte refere-se ao enquadramento concetual, fazendo uma breve descrição sobre o conceito do Bem-estar Psicológico e dos estudos mais pertinentes relacionados com o mesmo. Em seguida apresenta-se a Escala de *Psychological General Well-Being* (Escala de Bem-estar Psicológico Geral), que será o elemento central do estudo, descrevendo de que forma surgiu e de que modo foi evoluindo até à redução dos itens da mesma, para uma mais fácil administração, levando à criação das suas formas reduzidas ("*Short-Form*"). Também serão apresentados neste enquadramento o objetivo e as hipóteses deste estudo.

A segunda parte deste trabalho, focar-se-á no estudo empírico desenvolvido, nomeadamente, nos aspetos metodológicos do mesmo, na apresentação dos resultados, abrangendo a sua descrição e a caracterização da amostra utilizada e na discussão dos resultados. Importante mencionar que para alcançar o objetivo deste trabalho fez-se uso da Análise Fatorial Confirmatória, para que através dos índices/indicadores obtidos se percebesse se a escala apresentaria ou não índices que revelassem um bom ajustamento e adequabilidade da mesma, quando aferida para a população portuguesa.

Por fim, na terceira parte será apresentada a conclusão, nomeadamente, as reflexões críticas acerca deste estudo, assim como as limitações que foram encontradas e de que forma poderão ser minimizadas em investigações futuras.

Neste capítulo, como já foi mencionado, será apresentada a revisão bibliográfica e a fundamentação teórica referente ao tema em estudo.

Bem-estar Psicológico (BEP):

O estudo sobre o Bem-estar Psicológico tem vindo a ser um foco central desde os filósofos antigos gregos, na civilização ocidental. Quer os psicólogos, quer os cientistas sociais, têm dado grandes passos na compreensão dos fatores que influenciam o Bem-estar Psicológico de cada ser humano. No entanto, a inclusão do mesmo no campo da psicologia e na investigação científica, só aconteceu na década de 1960, devido às inúmeras transformações sociais que nesse momento decorriam, nomeadamente o fim da Segunda Guerra Mundial e a necessidade de desenvolver indicadores sociais que melhorassem a qualidade de vida dos indivíduos (Machado& Bandeira, 2012)

Durante este período, psicólogos sociais e do comportamento perceberam que as questões relacionadas com as doenças mentais e o sofrimento humano já tinham sido exploradas exaustivamente, contudo, o conhecimento sobre aspetos relacionados com a saúde mental e a felicidade eram muito reduzidos (Machado& Bandeira, 2012)

A forma como cada indivíduo percebe e lida com as experiências da sua vida, traduz-se sob a forma de avaliações que cada um faz acerca da sua vida, sendo estas avaliações subjetivas, que podem ser subdivididas relativamente à sua parte cognitiva e afetiva, como é referido em seguida. Relativamente à parte cognitiva, esta relaciona-se com a satisfação e a informação que cada pessoa tem acerca da sua vida e da avaliação e julgamento consciente que cada um faz acerca da mesma, considerando-a como um todo. A parte afetiva relaciona-se com as emoções e os sentimentos e a forma como cada indivíduo reage e define as experiências que, ao longo da sua vida, vivencia e vai classificando como sendo agradáveis ou desagradáveis (Machado& Bandeira, 2012)

Em função desta preocupação aumentaram as pesquisas no campo da saúde mental, passando diversos termos a ser empregues nestas investigações, tais como: a felicidade, a avaliação subjetiva da qualidade de vida, a satisfação, o estado de espírito, a moralidade, o afeto positivo, entre outros (Machado& Bandeira, 2012)

O modelo do Bem-estar Psicológico (BEP) surgiu no final da década de 80, devido ao trabalho de Ryff (1989) com o objetivo de definir a estrutura básica do bem-estar mas a um nível psicológico (Machado, 2010). Foram realizados, previamente a este modelo, estudos que utilizaram medidas de afetos positivos e negativos e satisfação de vida (tendo como finalidade estudar a influência das mudanças sociais e de um envelhecimento bem-sucedido ao longo do desenvolvimento humano e não investigar apenas a essência do Bem-estar Psicológico). Além disso, a interpretação da felicidade, como sendo a principal motivação e objetivo da existência humana, vai de encontro, de forma errônea, com a interpretação de obras de filósofos clássicos, como Aristóteles (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995, cit in Machado, 2010)

Inicialmente existiam duas perspectivas relacionadas com o Bem-estar Psicológico. A perspectiva do eudemonismo, definida por Aristóteles, que relaciona o bem-estar (mais especificamente a felicidade) com a realização do verdadeiro potencial do eu (Ryff, 1989, cit in Leite, 2006). Segundo esta perspectiva todos têm capacidades únicas e o nosso objetivo seria identificá-las e realizá-las; e, por fim, a perspectiva hedônica. Nesta última, o Bem-estar Psicológico, relaciona-se com percepção que cada um tem da vivência de experiências desagradáveis e agradáveis durante a vida (Kahneman et al., 1999, cit in Leite, 2006)

Em investigações recentes, o bem-estar eudemônico e hedônico são constructos que embora sejam altamente correlacionados são distintos um do outro, mantendo cada um a sua especificidade (Leite, 2006)

Posteriormente e através da realização de diversos estudos, foi possível considerar o BEP como um constructo que abarca vários conhecimentos de áreas como a psicologia do desenvolvimento humano, a psicologia humanista-existencial e a área da saúde mental (Machado & Bandeira, 2012)

A integração dessas áreas levou à criação de formulações teóricas que constituem as dimensões do Bem-estar Psicológico. Estas dimensões estão na base da construção de escalas estruturadas de auto-resposta que vão avaliar e medir o seguinte: a convicção de que o indivíduo segue um caminho próprio, um caminho individual (autonomia); o estabelecimento de relações valiosas e significantes com outros (relações positivas com os outros); a capacidade que o indivíduo tem de ser capaz de lidar com as inúmeras exigências do dia-a-dia (domínio sobre o meio ambiente); a criação de metas e objetivos

que darão sentido e orientação à vida de cada um (propósito na vida e finalidades na vida); a sensação de que o talento pessoal e o potencial de cada indivíduo se vai realizando ao longo da vida (crescimento pessoal) e, por fim, a capacidade de cada um ver e aceitar as suas forças e fraquezas (autoaceitação) (Ryff, 1989, cit in Leite, 2006)

Estudos recentes foram realizados sobre o Bem-estar Psicológico, abrangendo diferentes tipos de populações.

Um dos estudos refere-se à análise da relação entre o sentido da vida e o Bem-estar Psicológico numa amostra de 180 estudantes universitários espanhóis (constituída por 138 mulheres (76,7%) e cerca de 42 homens (23.3%), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos, apresentando uma média com o valor de 22.91 ($M=22.91$) e um desvio-padrão com o valor de 6.71 ($DP=6.71$). Foram usados como escalas de medida, as versões em espanhol de Maholic (1968), *Purpose – in – life test*, e a *Escala de Ryff* (1989) que avalia o Bem-estar Psicológico, nas suas diversas dimensões (Alandete, 2015)

As escalas foram testadas, recorrendo à estatística descritiva para o mesmo efeito, no que diz respeito à sua consistência interna as correlações foram analisadas através da regressão linear simples (Alandete, 2015)

Os resultados apresentados demonstraram uma relação significativa entre o significado da vida e as dimensões do BEP (autoaceitação, autonomia, relações positivas, domínio sobre o meio ambiente, crescimento pessoal, propósito na vida) em termos de covariância e previsão (Alandete, 2015)

Conclui-se através deste estudo que as experiências que cada indivíduo tem, que determinam o seu sentido de vida, são importantes para o BEP e para a determinação do mesmo, influenciando-o de acordo com experiências positivas ou negativas, para um bom ou mau estar psicológico respetivamente (Alandete, 2015)

Outro estudo pertinente, relacionado com o BEP, refere-se à análise dos níveis de Bem-estar Psicológico de indivíduos empregados e desempregados, considerando variáveis como a duração do desemprego, as estratégias de procura de emprego e diferentes situações de mudança de carreira (Gaspar, 2013)

Participaram neste estudo cerca de 224 indivíduos (42,4% desempregados), de ambos os sexos (65,2% do género feminino e 34,8% do género masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 56 anos de idade (Gaspar, 2013)

Foi aplicado um questionário sociodemográfico, onde foi incluído o item do *Inventário de Preocupações de Carreira* (Duarte, 1987), que avalia as atitudes e os projetos associados a uma provável mudança na carreira e a *Escala de Bem-estar Psicológico*, utilizando a versão de Ferreira e Simões (1999) da escala proposta por Ryff (1989), que avalia o Bem-estar Psicológico, considerando-o como um constructo multidimensional (Gaspar, 2013)

Os resultados sugeriram diferentes níveis de BEP em função da situação do indivíduo face ao emprego e à carreira, assim como, correlações entre as preocupações de carreira, as dimensões do Bem-estar Psicológico e as diferentes variáveis individuais e relativas à situação de desemprego, tais como, a idade, habilitações académicas, formação profissional, o tempo de desemprego e a intensidade de procura de emprego. Não foram encontradas, quando analisadas as variáveis individuais (género, escolaridade, formação profissional ou duração da atividade profissional anterior), diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao género, os resultados apontam no sentido contrário aos estudos de McKee-Ryan, Kinicki, Song & Wanberg (2005) e de Shields & Price (s.d), que apontam para níveis de bem-estar e saúde mental com valores mais baixos para as mulheres. A variável idade pareceu ser um fator que mais influencia quer as Preocupações de Carreira quer as dimensões do Bem-estar Psicológico, na população desempregada. Ao nível da intenção de mudança na carreira, a relação encontrada é positiva, ou seja, os indivíduos mais velhos tendem a desenvolver atitudes e comportamentos com vista a promover uma mudança na carreira, que pode passar por uma formação profissional, variável que também se relaciona positivamente com a intenção de mudança, ao contrário das habilitações académicas. (Gaspar, 2013)

Os resultados obtidos ao nível da idade corroboram os de outros estudos, como os de Argolo & Araujo (2004), Hepworth (1980) e Witte, Hooge & Vanbelle (2010) que defendem que o efeito da idade está relacionado com o aumento de compromissos económicos e responsabilidades familiares para os indivíduos de meia-idade. Quando analisada a variância de resultados em função de outros factores relacionados, tais como, o

desemprego, a sua duração e o número de vezes em situação de desemprego, causas que levaram ao desemprego, bem como o usufruir, ou não, de subsídio de desemprego, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que leva a acreditar que a situação de desemprego, por si só, é impulsionadora da redução dos níveis de Bem-estar Psicológico assim como é suficiente para que o indivíduo coloque a hipótese de realizar uma mudança na sua carreira (Gaspar, 2013)

Esta intenção de mudança de carreira acaba por despertar no indivíduo comportamentos de exploração de si e do mundo e contribui para que os indivíduos desenvolvam diferentes procedimentos de procura de emprego. Neste âmbito, a intensidade de procura de emprego foi um dos fatores tido em conta na análise de correlações com as preocupações de carreira e as dimensões do Bem-estar Psicológico. Os resultados revelaram que existe uma correlação positiva entre a frequência com que os indivíduos procuram emprego e a não intenção de mudança de carreira, não revelando qualquer relação com os níveis de BEP, contrariamente ao estudo de McKee-Ryan, Kinicki, Song & Wanberg (2005), que revela a existência de uma relação negativa entre esta variáveis, explicada pelo *stress* causado pela procura de emprego, e de Zihic & Klehe (2006) que consideram que os desempregados, ao questionarem o estado atual das suas carreiras, contemplam, desta forma, uma mudança para uma área que não tenham tantos conhecimentos. A análise da relação entre o tempo na situação de desemprego sem interrupções, as preocupações de carreira e o Bem-estar Psicológico revelou que, contrariamente ao que é descrito na literatura (Ahn, Garcia & Jimeno, 2004; Witt, Hooge & Vanbelle, 2010), apenas se relaciona positivamente com a escolha de uma nova profissão, sendo que desta forma, não foi encontrada qualquer relação com as dimensões do BEP. Por outro lado, a duração da última atividade profissional dos sujeitos parece correlacionar-se positivamente com cinco dimensões do BEP, sendo estas: o sentido de vida, a autonomia, a aceitação pessoal, o domínio do ambiente e o crescimento pessoal, a par da idade, o que leva a acreditar que estabilidade no emprego é um fator importante, não só para o desenvolvimento da maturidade de cada indivíduo, como também no funcionamento pleno das suas diversas potencialidades (Gaspar, 2013)

Concluindo, os indivíduos que se encontram desempregados, vêm-se em confronto com sentimentos de fracasso, isolamento e da perda do sentido e propósito da sua vida, levando as que as dimensões do Bem-estar Psicológico registem níveis mais baixos nesta população (Gaspar, 2013)

Finalmente, o último estudo a ser referido relaciona as emoções que têm um papel tão importante na existência humana e influenciam a forma como cada ser humano atua nas diferentes situações da sua vida e o modo como interagem com os outros. Cada vez é mais importante e útil perceber o modo que os seres humanos gerem e regulam as emoções e de que forma isso afeta o respetivo comportamento e o seu Bem-estar Psicológico. Este estudo teve como objetivo explorar o impacto da regulação emocional no BEP dos trabalhadores, tendo em conta algumas variáveis sócio demográficas (sendo estas a idade, o género, a formação e o nível educacional dos participantes) que têm um papel moderador nesta relação (Rocha, 2015)

Foram utilizadas como medidas para este estudo as seguintes escalas: a *Emotion Regulation Profile-Revised* de Nelis, Quoidbach, Hansenne, e Mikolajczak (2011), adaptada, numa versão reduzida de Gondim et al. (*in press*), que avalia as estratégias de regulação emocional e, também, a *Escala de Bem-Estar Subjectivo* de Albuquerque e Tróccoli (2004), que permite avaliar o bem-estar dos indivíduos (Rocha, 2015)

A amostra deste estudo é constituída por cerca de 310 trabalhadores portugueses e as escalas utilizadas foram alvos de uma tradução e de uma adaptação para a cultura e língua portuguesa. Os indivíduos pertencentes à amostra responderam a um questionário com o formato *online* (Rocha, 2015)

Os resultados obtidos demonstraram uma associação significativa entre as estratégias de regulação emocional (variável preditora- *upregulation*; *downregulation*) e a variável critério (que abrange o Bem-estar Psicológico e todos os seus componentes, sendo estes o afeto negativo e positivo e a satisfação com a vida); no que se refere às variáveis moderadoras (sociodemográficas), concluiu-se que a variável género exerce um efeito moderador entre as estratégias de *upregulation* de emoções positivas e a dimensão satisfação com a vida pertencente ao BEP (Rocha, 2015)

As análises que foram efetuadas apresentaram uma interação significativa entre as estratégias de *upregulation* e o género, na predição da dimensão do Bem-estar Psicológico, satisfação com a vida. Também foi possível reconhecer que o género exerce uma influência significativa na relação entre as estratégias de *upregulation* e a dimensão do Bem-estar Psicológico, satisfação com a vida. Segundo o que foi encontrado, foi possível concluir que esta relação é mais forte para o género feminino do que para o género masculino (Rocha, 2015)

Relativamente à escala selecionada e foco central deste estudo, a Escala de Bem-estar Psicológico Geral e respetivo desenvolvimento, é importante referir que uma das primeiras escalas a ser utilizada para medir o Bem - estar Psicológico, foi a *Bradburn Affect Balance Scale* (BABS) da autoria de Bradburn e que, mais tarde, serviu como referência para validar outras escalas subsequentes como a Escala de Bem-estar Psicológico Geral (Bradburn, 1969, cit in Hidalgo et al., 2010). A BABS é composta, então, por dez itens divididos em duas subescalas (5 em cada) que avaliam o afeto positivo e o afeto negativo. Estes itens referem-se a experiências agradáveis ou desagradáveis que o indivíduo teve ao longo das últimas semanas, que são tratados intencionalmente com um grau de ambiguidade (Hidalgo et al., 2010)

Escala de Bem-estar Geral (GWB):

“A Escala de Bem-estar Psicológico Geral de Harold Dupuy (1984), deriva da Escala de Bem-estar Geral também designada por *General Well Being* (GWB) da autoria de Dupuy em 1984 ” (cit in Fazio, 1977, p.1)

A Escala de Bem-estar Geral foi desenvolvida em 1970, no Centro Nacional de Estatística de Saúde, pelo Dr. Harold Dupuy, que exercia neste Centro a sua função de psicólogo. É uma escala que serve para avaliar as representações do *self* ao nível do bem-estar subjetivo e da angústia. Desde então, a Escala de Bem-estar Geral foi e está a ser utilizada em vários estudos de grande importância. Contudo, o uso clínico mais importante foi feito na Califórnia, Sacramento e na Divisão de Saúde Mental do Dr. Daniel W. Edwuard (Fazio, 1977)

Esta escala foi, inicialmente, administrada a pacientes que frequentavam vários programas de saúde mental. Era administrada após decorrida uma semana do fim do tratamento e, novamente, passado três meses, após o tratamento de acompanhamento ao paciente ter sido efetuado. Nesta fase inicial do estudo participaram 600 pacientes (Fazio, 1977)

Segundo a teoria de Kurt Lewin, esta escala tem como objetivo avaliar como cada indivíduo se sente em relação ao seu estado interior, não se focando tanto nas condições externas que o rodeiam, como por exemplo o seu ambiente de trabalho, a sua vizinhança, ou até mesmo os seus rendimentos (Leite, 2006)

Esta escala é constituída por seis dimensões que refletem sentimentos positivos e negativos, sendo estas dimensões definidas como: a depressão, a ansiedade, o bem-estar positivo, a saúde geral, a vitalidade e o autocontrole (Leite, 2006)

A GWB é composta por questões positivas e negativas, sendo que cada item da escala tem uma referência temporal: “durante o último mês”. As primeiras 14 questões são classificadas segundo uma escala de resposta de 6 pontos, de acordo com a intensidade e a frequência que cada pessoa sente. As quatro questões que restam, utilizam uma escala crescente que vai de 0 a 10 e está definida por objetivos no fim e no princípio (Leite, 2006)

A polaridade de certas questões encontra-se invertida, o que leva a que em determinadas respostas, uma pontuação mais baixa signifique *distress* severo (Leite, 2006)

No final do século XX, Harold Dupuy, desenvolveu um questionário de Bem-estar Psicológico Geral, constituído por 68 itens, para medir o grau de “felicidade” da população americana. Este questionário foi considerado das primeiras medidas, que relacionava a saúde com a qualidade de vida enquanto um interesse específico para a saúde mental. (Grossi et al., 2006) Passado alguns anos, Dupuy conjuntamente com Ware efetuaram uma revisão deste questionário de Bem-estar Psicológico Geral e criaram uma versão final, de 22 itens, designada PGWB Index (PGWBI), ou seja, a Escala *Psychological General Well-being Index*, em português, Escala de Bem-estar Psicológico Geral.

Escala de Bem-estar Psicológico Geral (PGWBI):

A escala de Bem-estar Psicológico Geral é constituída por 22 itens de autoadministração, que estão divididos por seis indicadores de estados afetivos, positivos e negativos (que formam as subescalas).

Cada subescala tem entre 3 a 5 itens e cada item tem 6 opções de resposta (que vão de 0 a 5), de acordo com a intensidade e a frequência da experiência afetiva para o sujeito (sendo que 0 pontos é para uma experiência mais negativa e 5 pontos para uma experiência mais positiva). Esta escala pretende então avaliar o Bem-estar Psicológico Geral em seis domínios afetivos: o auto -controle, a saúde em geral, a vitalidade, a ansiedade, o humor deprimido e o bem-estar positivo; é uma escala que avalia a noção subjetiva de bem-estar ou *distress*. Todas as questões desta escala referem-se a sintomas e sentimentos vividos durante o último mês pelo indivíduo (Grossi et al., 2006). A amplitude das pontuações está

entre 0 e 110 e a amplitude para as subescalas está entre 0 e 15, ou 20, ou 25 (Grossi et al., 2006)

Cerca de dez anos depois da criação da Escala de Bem-estar Psicológico Geral, esta foi introduzida na Europa e foi adaptada para diversas línguas e culturalmente validada para a sua posterior utilização em vários países (Grossi et al., 2006)

No ano 2000, a Escala de Bem-estar Psicológico Geral foi validada para uma amostra representativa de 1.129 cidadãos italianos acima dos 15 anos de idade. Os resultados deste estudo foram reconhecidos como dados de referência para a população geral italiana (Grossi et al., 2006)

A presente escala, Escala de Bem-estar Psicológico Geral, foi também validada para a população espanhola. A sua validade e consistência interna foram testadas em 104 pacientes (52 pacientes com pressão arterial elevada, atendidos num centro de saúde de cuidados primários e 52 pacientes com uma doença renal (hemodiálise) em estado avançado) (Badia, Gutiérrez, Wiklund, & Alonso, 1996)

Ao mesmo tempo que era administrada aos pacientes, a Escala de Bem-estar Psicológico Geral, era também aplicado o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e três categorias psicossociais do *Sickness Impact Profile* (SIP -PD). Aos pacientes do grupo da hemodiálise foi administrada a Escala de Bem-estar Psicológico Geral, em duas ocasiões diferentes, com duas semanas de intervalo respetivamente. A Escala de Bem-estar Psicológico Geral apresentou uma correlação elevada com o General Health Questionnaire ($r = -0,71$) e com o Sickness Impact Profile ($r = -0,69$). A consistência interna geral da Escala de Bem-estar Psicológico Geral, foi medida através do coeficiente α de Cronbach, apresentando um valor de 0,94. Analisando as várias dimensões, da Escala de Bem-estar Psicológico Geral, os coeficientes variaram de 0,56 (na dimensão auto- controlo) para 0,88 (na dimensão ansiedade). Não se encontraram diferenças nos resultados médios da escala, entre os dois grupos de pacientes estudados (Badia, Gutiérrez, Wiklund, & Alonso, 1996)

O coeficiente de correlação com um intervalo de duas semanas de tempo, entre o teste-reteste, foi de 0,76. A semelhança de as características apresentadas, sustentam a ideia de que a versão espanhola e norte-americana desta escala serão conceitualmente equivalentes (Badia, Gutiérrez, Wiklund, & Alonso, 1996)

Esta escala também foi difundida para fora da Europa, nomeadamente para populações americanas não institucionalizadas, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, informação esta disponibilizada pelo Estudo da Saúde Nacional e Avaliação da Nutrição. Através dos dados que foram guardados, em suporte magnético, foi possível identificar variáveis sociodemográficas (como o estado civil, o sexo, a idade, o grupo étnico, entre outras...) de subpopulações com interesse para o estudo em questão e, também, subgrupos através de 1500 itens respondidos acerca da história da saúde (Leite, 2006)

Outros estudos serviram, também, para demonstrar que os itens desta escala, podem ser usados com validade. É o caso do estudo de Rand (1979), que se baseou em 1209 indivíduos, com idades entre os 14 e os 75 anos de idade, residentes em Dayton, Ohio e com um rendimento familiar abaixo dos \$25,000 dólares anuais, entre o ano de 1972-1973. Os dados deste estudo revelaram que os itens das subescalas são internamente consistentes e que, por isso, elas podem ser usadas com validade e revelam também que os 22 itens apresentam uma elevada consistência interna (.94). Este estudo também sugere que a Escala de Bem-estar Psicológico Geral, é sensível às alterações no Bem-estar Psicológico dos indivíduos e mede de forma estável o seu constructo.

Os resultados que foram referidos, serão apresentados no quadro abaixo “Estatísticas descritivas do relatório Rand” (p.15)

Relativamente à confiança do índice da Escala de Bem-estar Psicológico Geral, esta foi descrita avaliando a confiança da consistência interna (coeficiente alfa) e, posteriormente, em termos de estabilidade teste-reteste. Desta análise, pode-se concluir que elevados valores do coeficiente alfa, demonstram que os itens que compõem a escala de Bem-estar Psicológico Geral, são interdependentes e homogêneos, referente àquilo que medem e que as respostas de cada indivíduo aos itens da escala são altamente consistentes (Leite, 2006)

Os graus de confiança dos coeficientes de estabilidade teste-reteste são mais difíceis de interpretar, a não ser que os valores apresentados do mesmo sejam muito elevados, ou seja, acima do valor de .85 ou superior (Leite, 2006)

Um valor de confiança do reteste baixo pode retratar uma instabilidade da escala, alterações na eficácia da administração do mesmo, erros humanos ou mal entendidos,

alterações a nível individual, na duração do tempo entre o teste e o reteste e na distribuição das pontuações dos mesmos. Os coeficientes de confiança teste-reteste podem variar entre .502 e .861, apresentando uma mediana de .66 (Leite, 2006)

Quadro 1:

Estatísticas descritivas do relatório Rand:

EBEPG Subescalas	Número de itens	Média	Desvio Padrão	Consistência interna (Coeficientes Alfa de Cronbach)
Ansiedade	5	17.89	4.67	. 88
Humor depressivo	3	12.36	2.54	. 84
Bem-estar positivo	4	13.15	3.64	. 83
Auto-controlo	3	13.00	2.26	. 72
Saúde geral	3	12.21	2.50	. 73
Vitalidade	4	13.57	3.51	. 81
EBEPG	22	82.12	15.68	. 94

Nota: Retirado de “ Estudos prévios e de validação da escala: Escala de Bem-estar Psicológico Geral, Harold Dupuy, 1984” de Leite, A., 2006,p.8

“Short Form” -SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey):

Com a finalidade de reduzir os itens da Escala de Bem-estar Psicológico Geral, foi criada então uma “Short Form” que avalia o Bem-estar Psicológico e a Percepção acerca da Saúde dos indivíduos (Ware, 1992)

O SF- 36 consiste num questionário multidimensional, formado por 36 itens, que se encontram agrupados em oito subescalas ou domínios, sendo estes: a capacidade funcional de cada indivíduo, o aspeto físico, o seu estado geral de saúde, a sua vitalidade, os seus aspetos sociais, aspetos emocionais, a capacidade para lidar com a dor e a sua saúde mental. É, desta forma, considerado uma escala que avalia a qualidade de vida dos indivíduos e é de fácil administração e compreensão (Ware, 1994)

Este questionário apresenta uma pontuação que varia entre 0 e 100, onde o zero corresponde ao pior estado de saúde em geral e o 100 ao melhor estado de saúde (Ware, 1994).

Esta escala de avaliação tem já uma versão portuguesa, adequada às condições socioeconómicas e culturais da nossa população, demonstrando ser muito útil para a avaliação de diversas patologias (Ware, 1994)

Posteriormente, o grupo MIOS ¹ que é definido como um projeto, uma iniciativa multidisciplinar, que estuda em profundidade diferentes tipos de medidas de carácter subjetivo aplicadas em exames para a saúde, apresenta uma “*Short Form* “ (SF-12) (Grossi et al., 2006)

“*Short Form*“(SF-12) (PGWB-S):

Esta “*Short Form* “ é considerada uma versão ainda mais curta do SF-36 (Grossi et al., 2006)

A razão para a redução dos itens foi conseguir que houvesse uma maior aceitabilidade da população ao questionário e, também, que o tempo de administração do mesmo fosse mais curto. Desta forma, o que se pretendia era que as taxas de dados em falta diminuíssem (Grossi et al., 2006)

Seguidamente, abordar-se -à aspetos relativos ao desenvolvimento e validação desta mesma escala (SF-12).

A redução dos itens da escala de Bem-estar Psicológico Geral (PGWBI) foi iniciada a partir de um conjunto de dados de referência, obtidos quando o questionário

¹Apesar de múltiplas pesquisas não se encontrou a designação do grupo por extenso e consequentemente utilizar-se à a sigla.

desta escala foi administrado pela primeira vez em Itália, numa amostra representativa da população geral (Grossi et al., 2006)

Esta pesquisa foi realizada por uma filial Italiana, designada por “Gallup International Association.” (Grossi et al., 2006 p.2)

Os vinte e dois itens do questionário da Escala de Bem-estar Psicológico Geral (PGWBI) foram analisados com base num modelo de regressão linear múltipla, para, desta forma, se poder encontrar uma melhor combinação e redução dos itens originais (Grossi et al., 2006)

Os questionários da Escala de Bem-estar Psicológico Geral (PGWBI) foram administrados a 1.443 indivíduos. Foram selecionados seis itens, por uma abordagem passo a passo, para se explicar 90 % da variância da medida de síntese do questionário original. Com base nos resultados, seis itens estatisticamente relevantes foram identificados do questionário original (PGWBI) e foram agrupados de modo a criar uma nova escala mais breve (Grossi et al., 2006)

Concluindo, a escala PGWB – S avalia sempre o que o indivíduo sentiu ou os sintomas que teve no último mês que passou e é constituída pela dimensão ansiedade (avaliada no item 5) que avalia se o indivíduo se sentiu nervoso ou incomodado pelos nervos; pela dimensão vitalidade (avaliada no item 6), que avalia a energia e vitalidade que sentiu; pelo humor deprimido (avaliado no item 7), que avalia se o indivíduo se sentiu desanimado; o autocontrolo (avaliado no item 18), que avalia se o indivíduo estava emocionalmente estável e seguro; o bem-estar positivo (avaliado no item 20), que avalia se o indivíduo se sentiu alegre; e por fim a dimensão vitalidade (avaliada no item 21), que avalia se o indivíduo se sentiu cansado, desgastado e esgotado (Grossi et al., 2006).

A Escala PGWB – S (SF-12) apresentou uma boa aceitabilidade e validade para a sua utilização em vários cenários na Itália (Grossi et al., 2006).

A posterior tradução desta escala para diferentes idiomas e a sua utilização noutros ambientes linguísticos veio acrescentar evidências sobre a sua validade noutras culturas (Grossi et al., 2006)

Relativamente ao objetivo deste estudo, este consiste na validação da Escala *Psychological General Well-being* (PGWBI), em português, Escala de Bem-estar Psicológico Geral da autoria de Harold Dupuy, 1984, para a população portuguesa.

As hipóteses deste estudo irão no sentido de perceber se a estrutura fatorial encontrada no modelo revela bons índices de adequabilidade, quando o modelo original proposto pelo autor Harold Dupuy (1984), é ajustado de modo a tentar ser aferido para a população portuguesa. Para tal será necessário efetuar uma análise fatorial confirmatória.

Seguidamente apresentar-se-ão as etapas metodológicas que estiverem subjacentes a todo o processo de desenvolvimento do estudo empírico.

Método

Antes de se iniciar qualquer pesquisa é importante perceber que o que nos impulsiona a realizar um estudo é o problema, pois sem ele não haveria razões para se realizar uma pesquisa (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

Se existir uma concepção estruturada de pesquisa aliada ao conhecimento, poder-se-á classificá-la como sendo um procedimento. Este procedimento consiste num sistema, que pode ser controlado, avaliado, mas que acima de tudo descobre novos dados e informações, não se restringindo desta forma, a nenhum tipo de conhecimento específico (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

Já Marconi; Lakatos (2002), definiram a pesquisa como sendo fundamental para a resolução de problemas coletivos (Lakatos, 2002, cit in Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

A metodologia utilizada neste estudo é quantitativa e será um estudo descritivo. A pesquisa quantitativa segundo o autor Diehl (2004), evita possíveis distorções de análise e de interpretação, possibilitando deste modo, uma maior margem de segurança (Diehl, 2004, cit in Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

De uma forma geral, tal como acontece na pesquisa experimental, a pesquisa quantitativa guia-se por um modelo onde o pesquisador partirá de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possíveis, a partir dos quais conseguirá formular hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma vantagem deste método é, então, a dedução das hipóteses e os dados serão convertidos em números (ou informações conversíveis em números), que permitam verificar então a ocorrência ou não das consequências, e daí a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

É também considerada descritiva, como já foi anteriormente referido, pois em relação aos seus objetivos há um levantamento de dados e o porquê desses dados. Deste modo, os estudos descritivos são considerados aqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, propondo-se a investigar “o que é”, ou seja, com o objetivo de descobrir as características de um determinado fenômeno (Dalfovo, Lana, & Silveira, 2008)

Análise Fatorial Confirmatória:

O recurso utilizado para a análise dos dados foi a análise fatorial confirmatória.

Este recurso metodológico, permitirá confirmar se a Escala de Bem-estar Psicológico Geral (PGWBI), que já foi aferida noutras populações, revela ter um bom ajustamento quando aferida para a população portuguesa.

A análise fatorial pode ser definida como uma técnica de modelação linear geral que tem como objetivo identificar um conjunto reduzido de variáveis latentes (designadas também por fatores ou constructos) com o intuito de explicar a estrutura correlacional, observada entre um conjunto de variáveis manifestas (ou itens). A análise fatorial pode, então, ser classificada em duas formas distintas de acordo com a existência ou não de hipóteses sobre a estrutura correlacional, podendo ser designada desta forma de Análise Fatorial Exploratória (AFE) ou de Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Marôco, 2014)

No âmbito deste estudo, a análise utilizada será a AFC, sendo esta considerada um método confirmatório quando não existe informação prévia sobre a estrutura fatorial que é necessário confirmar. A AFC impõe desta forma, restrições sobre os fatores e as variáveis manifestas, e por defeito, todos os fatores comuns encontram-se correlacionados, sendo que a AFC é essencialmente utilizada para confirmar padrões estruturais (Marôco, 2014)

Os fatores específicos (ou também erros ou resíduos) podem aparecer correlacionados sugerindo, deste modo, a existência de problemas com a conceptualização da medida das variáveis manifestas e/ou a existência de outros fatores comuns que não estão contabilizados no modelo (Marôco, 2014)

No âmbito da Análise de Equações Estruturais (AEE), a AFC, é em geral utilizada para avaliar a qualidade do ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (ou itens). Segundo este contexto, este tipo de análise pode por si subsistir, por exemplo, na validação fatorial de uma escala de medida psicométrica, ou pode ser o primeiro passo a ser dado na avaliação de um modelo de equações estruturais (modelo de medida+ modelo causal) (Marôco, 2014)

O número de fatores é também estabelecido *a priori*, pelo investigador de acordo com a teoria existente ou com estudos anteriores. A “medida” destes fatores tem de ser desta forma, especificada para se poder identificar o modelo, sendo que para esse mesmo efeito, tem de se: “ 1) *fixando a trajetória do fator para um dos itens num valor definido (geralmente 1: o fator tem a mesma medida do item cuja trajetória é 1) e 2) estandardizando o fator, fixando a sua variância em 1.* “ (cit in Marôco, 2014, p.181)

Os fatores comuns são então refletidos em itens específicos, mesmo que um item possa ser reflexo de mais do que um fator comum. A variabilidade dos itens não pode ser então explicada pelo fator comum, mas sim por outros fatores latentes, que são específicos de cada item e que não estão considerados no modelo (designados por erros ou resíduos) (Marôco, 2014)

Estes fatores específicos ou resíduos, podem deste modo, explicar o comportamento dos itens que não se encontra explicado pelos fatores presentes no modelo, podendo apresentar-se correlacionados, refletindo desta forma o efeito e a existência de outros fatores comuns aos itens diferentes daquele presente modelo. Podem também ser indicativos de erros de formulação ou de interpretação dos itens (Marôco, 2014).

Partindo de uma perspetiva mais formal, o modelo geral da AFC, é considerado o modelo de medida do modelo de equações estruturais, sendo este tipo de análise considerada usual e é necessário avaliar, para além da qualidade local e da qualidade global do ajustamento, a fiabilidade e a validade do modelo ou escala de medida (Marôco, 2014)

Amostra:

A amostra foi constituída por um total de 600 indivíduos, que foram escolhidos tendo por base conhecimentos pessoais, o que permite assumir ser uma amostra de conveniência.

A técnica utilizada para a obtenção da amostra, foi a chamada técnica de bola de neve ou também chamada de *Snowball*. Esta técnica é uma forma de amostragem não probabilística, onde os primeiros participantes de um estudo vão indicar novos participantes e assim sucessivamente, até que se alcance o objetivo pretendido. Esta técnica foi introduzida inicialmente por Coleman (1958) e Goodman (1961), sendo considerada um método que não utiliza um sistema de referências, mas sim uma rede de amigos de

membros pertencentes à amostra, podendo ser também conhecido como um método de cadeia de referências (Dewes, 2013)

Experiências realizadas com o método de amostragem em bola de neve demonstraram que é considerado um método efetivo, uma vez que consegue alcançar populações escondidas ou difíceis de encontrar (Dewes, 2013)

A desvantagem deste método é que não pode ser utilizado para se fazer generalizações sobre a população, visto que uma das causas é o facto de as probabilidades de seleção não serem conhecidas, tendo-se apenas conhecimento de que a probabilidade de seleção é maior para aqueles que disponibilizarem de uma rede social maior, enquanto os reclusos sociais, têm apenas uma pequena probabilidade de serem selecionados (Salganik & Heckathorn, 2004, cit in Dewes., 2013)

Concluindo, sociólogos, estatísticos e pesquisadores de saúde pública, defendem que esta técnica é bastante promissora, no estudo de populações escondidas ou difíceis de encontrar, mas pode ser tão enviesada que não deve ser utilizada para se fazerem estimativas confiáveis (Dewes, 2013)

Procedimentos:

Numa primeira fase, os questionários foram entregues, via direta, aos participantes, fechados num envelope, sendo depois recolhidos aquando do seu preenchimento. A participação no estudo era voluntária e anónima.

Aos participantes no estudo era previamente apresentado o consentimento informado (Anexo 1), que explicava ao participante o objetivo do estudo bem como as tarefas que seriam apresentadas.

Quanto aos critérios de exclusão para a seleção/participação dos indivíduos no presente estudo têm de ser de nacionalidade portuguesa, maiores de 18 anos de idade e não ter doença crónica (atendendo a que escala pretende avaliar o Bem estar Psicológico geral na situação mais abrangente: ser saudável).

Cada questionário teve um tempo variável de preenchimento, podendo ser recolhidos na hora ou passados alguns dias.

Foram recolhidos dados de duas regiões geográficas (cidade do Porto e Vila Nova de Gaia).

Numa segunda fase e após os questionários estarem todos preenchidos, procedeu-se à sua codificação, inserção e processamento no programa de estatística, e os dados recolhidos foram analisados com o recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versãoXX, para o Windows.

Medidas: Questionário de autopreenchimento constituído por um conjunto de secções:

➤ Dados Sociodemográficos (6 questões) (Anexo 2) - relacionadas com o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, profissão e ocupação nos tempos livres. Todos os campos devem ser preenchidos

➤ Questões relacionadas com a doença (4 questões) (Anexo 2) - pretende-se saber se o indivíduo já teve alguma doença grave, se tem alguma doença crónica e se sim há quanto tempo, se já esteve hospitalizado. Estas questões são importantes, pois aqui está presente o critério de exclusão, o não ter doença crónica

Questionário de percepção acerca da saúde (John E. Ware, 1976) (Anexo 2) – 33 itens avaliados por uma escala tipo Likert, de auto-preenchimento. Destes 33 itens, 27 formam seis subescalas que avaliam a saúde no presente (9 itens), a saúde no passado (3 itens), perspectivas acerca da saúde (4 itens), resistência à doença (4 itens), preocupação com a saúde (5 itens) e orientação da doença (2 itens). Os seis itens restantes não são usados nas subescalas, pois referem-se a atitudes de rejeição da doença e em relação a idas ao médico. A pontuação dos itens 1,2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32 é invertida, começando a resposta em 5. A pontuação para a questão 6 não é invertida, começando a resposta em 1. O tempo de administração da escala é entre 7 a 11 minutos. (Ware, 1986)

➤ EBEPG – Escala de Bem – Estar Psicológico Geral (Dupuy, 1984) (Anexo 2) - 22 itens de autoadministração, que estão divididos por seis indicadores de estados afetivos (positivos ou negativos) que formam as subescalas. Cada subescala tem entre 3 a 5 itens e cada item tem 6 opções de resposta (que vão de 0 a 5), de acordo com a intensidade e a frequência da experiência afetiva para o sujeito (sendo que o pontos é para uma experiência mais negativa e 5 pontos para uma experiência mais positiva). Esta escala

pretende então avaliar o Bem-estar Psicológico Geral em seis domínios afetivos: o auto controlo, a saúde em geral, a vitalidade, a ansiedade, o humor deprimido e o bem-estar positivo. A dimensão ansiedade é composta por 5 itens, o humor depressivo por 3 itens, o bem-estar positivo por 4 itens, o autocontrolo por 3 itens, a saúde em geral por 3 itens e a vitalidade por 4 itens. Esta escala avalia a noção subjetiva de bem-estar ou *distress*. Todas as questões referem-se a sintomas e sentimentos vividos durante o último mês, pelo indivíduo. (Grossi et al., 2006)

O tempo de administração varia entre 8 e 15 minutos. Deve haver uma breve preparação para o preenchimento do questionário (cerca de 30 minutos para uma pessoa com a escolaridade completa). (Leite, 2006)

Resultados:

Em seguida, apresentar-se-ão os resultados obtidos, posteriormente à análise da amostra ter sido efetuada.

Primeiramente será efetuada uma descrição da amostra com recurso à estatística descritiva. Seguir-se-á, a apresentação dos resultados obtidos.

➤ Caracterização da amostra

Das respostas obtidas ao questionário sociodemográfico foi possível identificar algumas características na amostra estudada.

A amostra é constituída por 600 indivíduos, sendo que 409 (68.2%) são do sexo feminino e 191 (31.8%) são do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, 138 (23.0%) são solteiros, 205 (34.2%) têm namorado/a, cerca de 234 (39.0%) estão casados ou em união de facto, 17 (2.8%) estão divorciados ou separados e 6 (1.0%) são viúvos.

Ao nível da escolaridade, 29 (4.8%) completaram o 1º ciclo (4ºano), 29 (4.8%) completaram o 2º ciclo (6ºano), 64 (10.7%) completaram o 3º ciclo (9ºano), 251 (41.8%) completaram o ensino secundário (12ºano), 198 (33.0%) são licenciados, 26 (4.3%) têm o mestrado e, para finalizar, 3 (. 5%) concluíram o doutoramento.

Na profissão, cerca de 142 (23.7%) são estudantes, 335 (55.8%) são trabalhadores, 43 (7.2%) dos participantes têm o estatuto de trabalhador/estudante, 6

(1.0%) são domésticas, 51 (8.5%) estão desempregados e, por fim cerca de 23 (3.8%) dos indivíduos estão reformados.

Relativamente aos *hobbies*, 367 (61.2%) dos indivíduos têm *hobbies*, sendo que os restantes 233 (38.8%) não têm.

Relativamente à idade, o indivíduo mais novo tem 18 anos e o mais velho tem 75 anos, sendo a média das idades de 32.25 e o desvio-padrão de 12.92. ($M=32.25$, $DP=12.92$).

Na parte do questionário relacionado com a doença, cerca de 93 (15.5%) afirmaram ter uma doença grave e 507 (84.5%) responderam não terem nenhuma doença grave.

Relativamente às doenças crónicas, cerca de 527 (87.8%) dos indivíduos não tinham doenças crónicas apenas 73 (12.2 %) sofriam de algum tipo de doença crónica.

Relativamente à duração da doença crónica, 3 (4.1%) tinham a doença há menos de um ano, 11 (15.1%) entre um e três anos, 10 (13.7%), entre três e cinco anos e 49 (67.1%) há mais de 5 anos.

Pesquisou-se, ainda, a ocorrência de hospitalização e verificou-se que 278 (46.3 %) afirmaram já terem sido hospitalizados tendo os restantes 322 (53.7%) respondido de forma negativa.

➤ Descrição dos resultados

A análise dos itens constituintes da escala foi efetuada com recurso ao programa SPSS AMOS (versão 22), partindo do Modelo 0 (modelo original do autor).

O modelo utilizado é um modelo de 1ª ordem, não se apresentando uma nova estrutura hierárquica, ou seja, o constructo principal, o Bem-estar Psicológico, engloba sempre as suas seis subescalas, como o autor do modelo original Harold Dupuy (1984) propôs (Marôco, 2014)

A figura 1 corresponde ao modelo original proposto pelo autor, Harold Dupuy (1984), não tendo sido realizadas qualquer tipo de alterações, mantendo-se sempre os mesmos itens.

Confirmatory Factor Analysis - Model 0

$\chi^2(203)=1268,305$; $p=,000$; $\chi^2df=6,248$; $CFI=,829$; $PCFI=,728$;
 $SRMR = ,0620$; $RMSEA=,094$; $p[rmsea \leq 0.05]=,000$

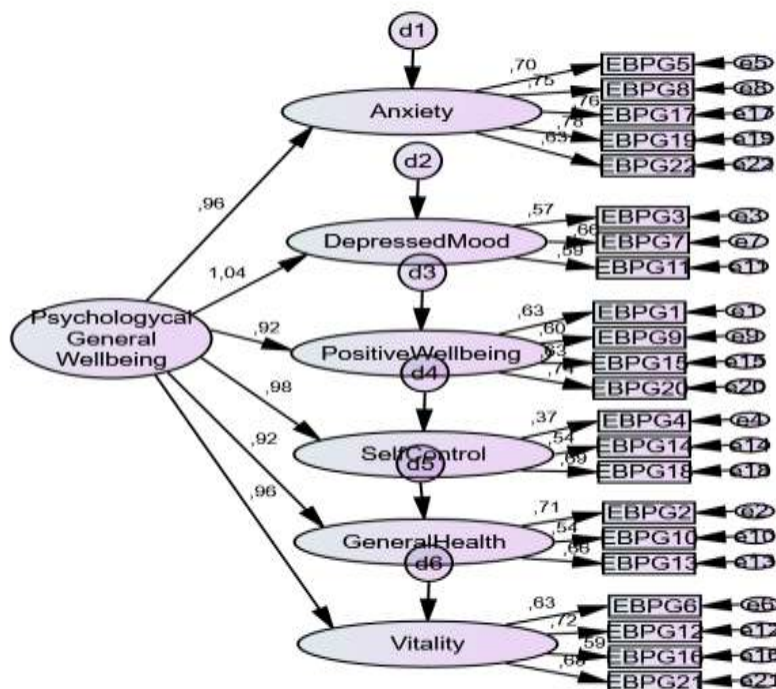


Figura 1: Modelo 0

Os índices de qualidade de ajustamento não revelaram bons resultados, alguns revelam realmente um mau ajustamento, sendo o caso do índice: $\chi^2/df= 6,248$; os índices $CFI=0,829$ e $RMSEA= 0,094$; $p [rmsea \leq 0,05] =0,000$, apresentam um valor sofrível. O índice $PCFI= 0,728$ revelou um bom ajustamento; o índice $SRMR=0,0620$ apresentou um valor desfavorável.

No primeiro modelo apresentado (Figura 2) mantiveram-se também os mesmos itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor.

Confirmatory Factor Analysis - Model 1

$\chi^2(196)=1220,283$; $p=,000$; $\chi^2 df=6,226$; $CFI=,835$; $PCFI=,709$;
 $SRMR = ,0620$; $RMSEA=,093$; $p[rmsea \leq 0.05]=,000$

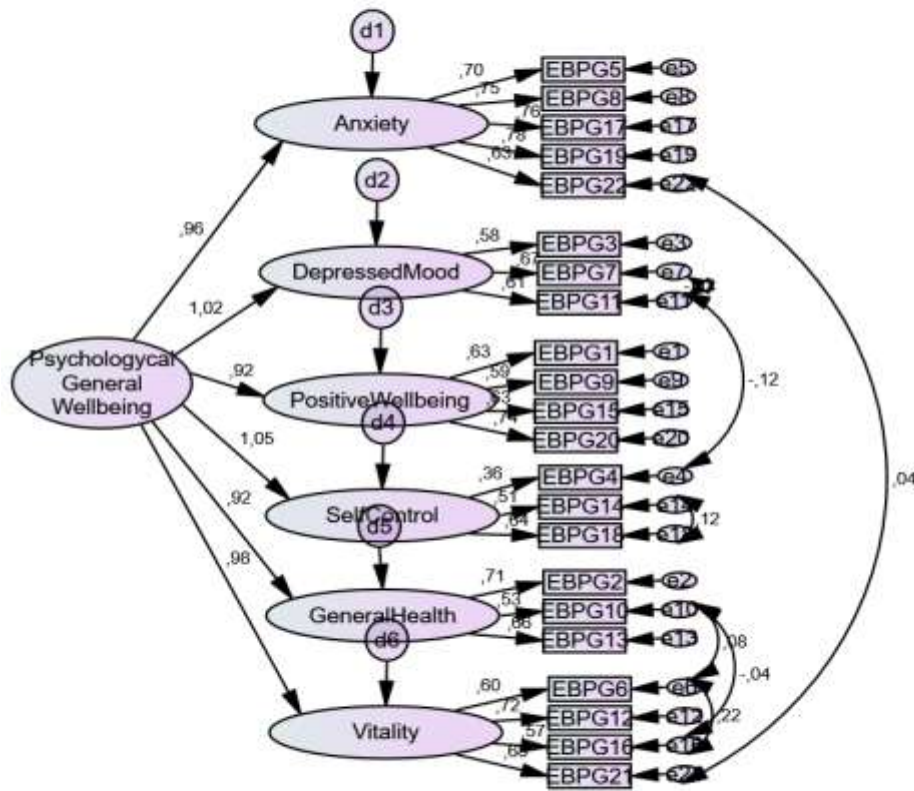


Figura 2: Modelo 1

Alguns índices de qualidade de ajustamento não revelaram bons resultados, sendo o caso do índice: $X^2/df= 6,226$ que diminuiu mas não significativamente o seu valor relativamente o Modelo 0; os índices $CFI=0,835$ e $RMSEA= 0,093$; $p [rmsea \leq 0,05] =0,000$, apresentam um valor sofrível, sendo que o índice CFI aumentou e o índice RMSEA diminuiu, relativamente ao Modelo 0, mas de forma pouco significativa. O índice $PCFI= 0,709$ revelou um bom ajustamento e diminuiu também de forma pouco significativa em relação ao Modelo 0. O índice $SRMR=0,0620$ manteve o mesmo valor relativamente ao modelo original apresentando-se desfavorável.

No segundo modelo apresentado (Figura 3), já não se mantiveram os mesmos itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor. Na subescala *General Health* mantiveram-se os itens 2 e 3 e retirou-se o item 10 e na subescala *Vitality* mantiveram-se os itens 6,12,21 e retirou-se o item 16.

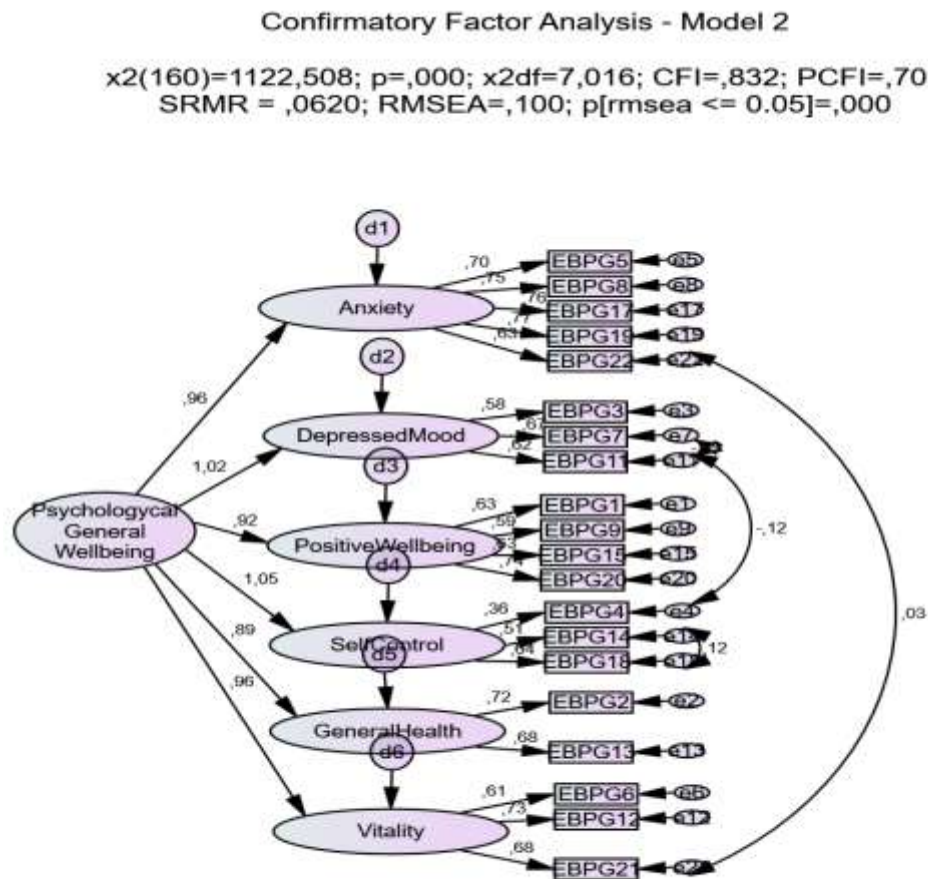


Figura 3: Modelo 2

Apesar das alterações feitas, os índices de qualidade de ajustamento não revelaram bons resultados, alguns revelaram um mau ajustamento sendo o caso do índice: $\chi^2/df= 7,016$, mesmo tendo um aumento significativo do seu valor relativamente ao Modelo 1; os índices CFI=0,832 e RMSEA= 0,100; $p[rmsea \leq 0,05] = 0,000$, apresentam um valor sofrível, sendo que o item CFI diminuiu e o item RMSEA aumentou, mas ambos de forma não significativa relativamente ao Modelo 1. O índice PCFI= 0,701 revelou um bom ajustamento, diminuindo o seu valor e o índice SRMR=0,0620 manteve-se igual relativamente ao Modelo 1, continuando com um valor desfavorável.

No terceiro modelo apresentado (Figura 4), mantiveram-se os mesmos itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor.

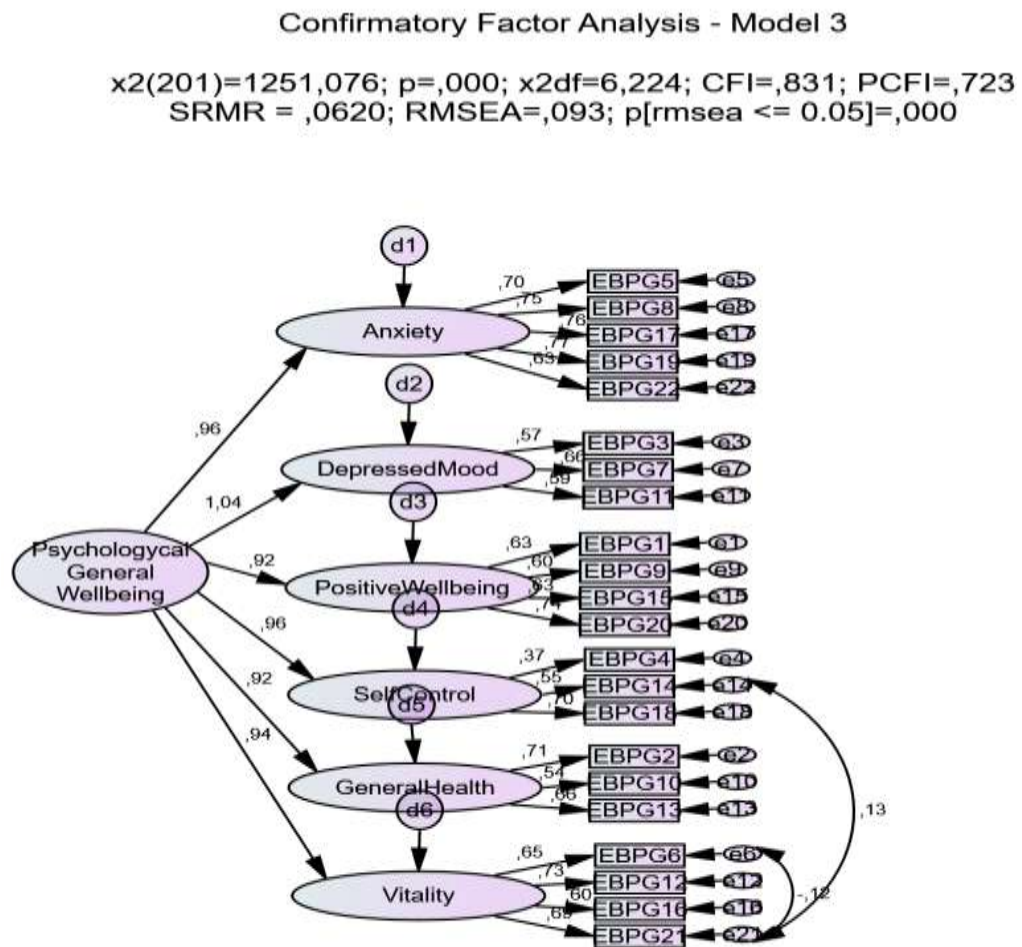


Figura 4: Modelo 3

Neste modelo os índices de qualidade de ajustamento não revelaram bons resultados, como se pode verificar no índice: $\chi^2/df= 6,224$ diminuindo o seu valor de forma significativa relativamente ao modelo anterior; os índices $CFI=0,831$ e $RMSEA=0,093$; $p[rmsea \leq 0,05] =0,000$, apresentam um valor sofrível, sendo que para o item CFI houve uma diminuição do seu valor e para o item RMSEA um aumento do seu valor mas ambos não significativos. O índice $PCFI= 0,723$ revelou um bom ajustamento, aumentando o seu valor mas de forma não significativa e o índice $SRMR=0,0620$ manteve-se igual e desfavorável.

No quarto modelo apresentado (Figura 5), já não se mantiveram os mesmos itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor. Na subescala *Positive Well-being* mantiveram-se os itens 1,9 e 15e retirou-se o item 20 .

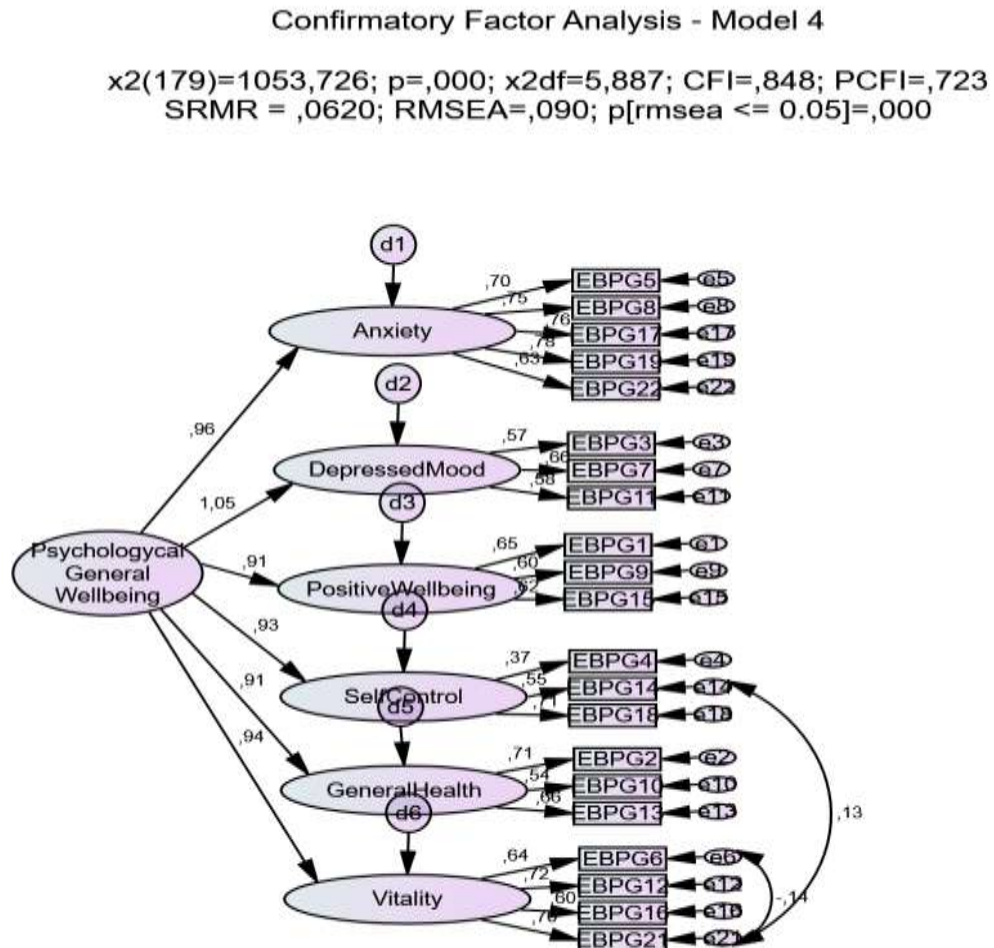


Figura 5: Modelo 4

Posteriormente às alterações feitas neste modelo o índice, $X^2/df= 5.887$ revelou um mau ajustamento, diminuindo de modo significativo o seu valor relativamente ao Modelo 3; os índices CFI=0,848 e RMSEA= 0,090; $p [rmsea \leq 0,05] =0,000$, apresentam novamente um valor sofrível, sendo que para o item CFI ocorreu um aumento do seu valor e para o item RMSEA uma diminuição do mesmo, mas ambos não significativos. O índice PCFI= 0,723 revelou novamente um bom ajustamento mantendo o mesmo valor

relativamente ao modelo anterior não sofrendo alterações; o índice SRMR=0,0620 também não sofreu quaisquer alterações apresentando um valor desfavorável.

No quinto modelo apresentado (Figura 6), não se mantiveram novamente mesmos itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor. Na subescala *Positive Well-being* mantiveram-se os itens 1,9 e 15e retirou-se o item 20 e na subescala *Vitality* mantiveram-se os itens 12, 16 e 21 e retirou-se o item 6.

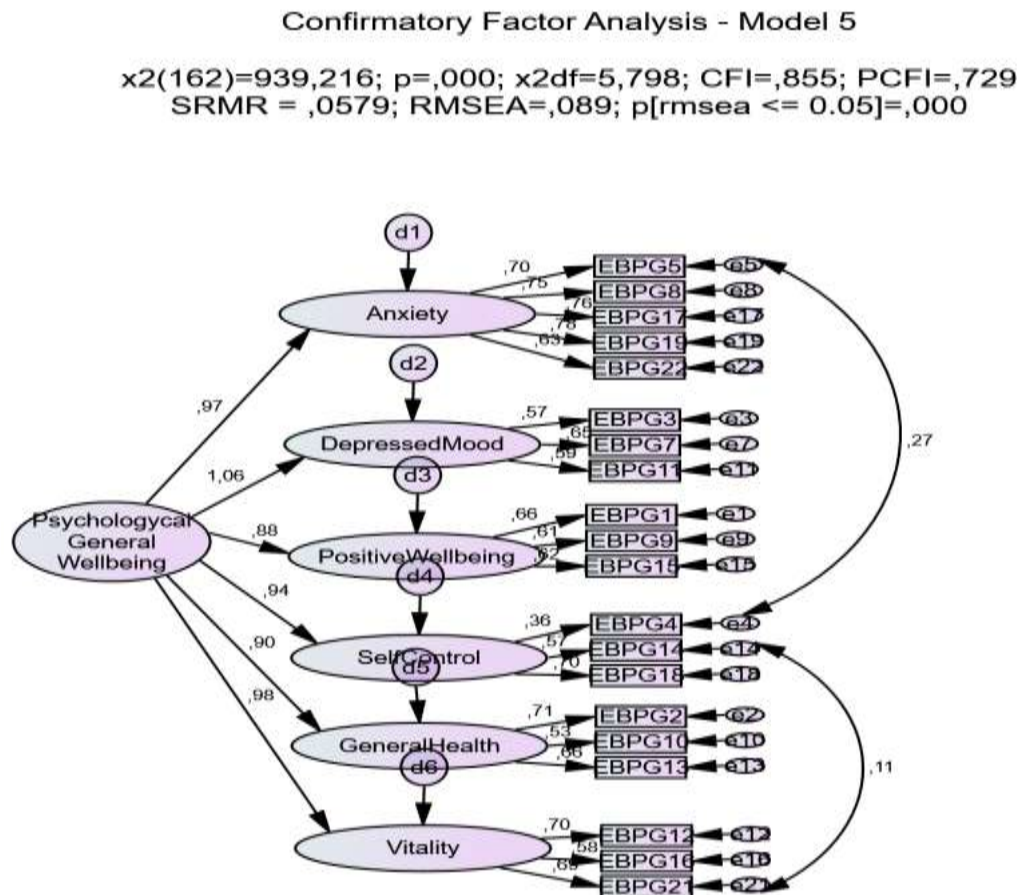


Figura 6:Modelo 5

Posteriormente às alterações feitas neste modelo, o índice, $X^2/df= 5,798$ revelou um mau ajustamento, ocorrendo uma diminuição não significativa do seu valor; os índices CFI=0,855 e RMSEA= 0,089; $p [rmsea \leq 0,05] =0,000$,apresentam novamente um valor sofrível, sendo que o índice CFI aumentou o seu valor e o índice RMSEA diminuiu, mas ambos de forma não significativa relativamente ao Modelo 4; o índice PCFI= 0,729

revelou novamente um bom ajustamento, aumentando de modo não significativo e por fim o índice SRMR=0,0579 diminuiu de modo não significativo, mas permaneceu com um valor desfavorável.

No sexto modelo apresentado (Figura 7), não se mantiveram os itens relativamente ao modelo original proposto pelo autor. Na subescala *Anxiety* mantiveram-se os itens 5,8,19,22 e retirou-se o item 17, na subescala *Positive Well-being* mantiveram-se os itens 1,9 e 15 e retirou-se o item 20 e por fim na subescala *Vitality* mantiveram-se os itens 12 e 16 e retiram-se os itens 21 e 6.

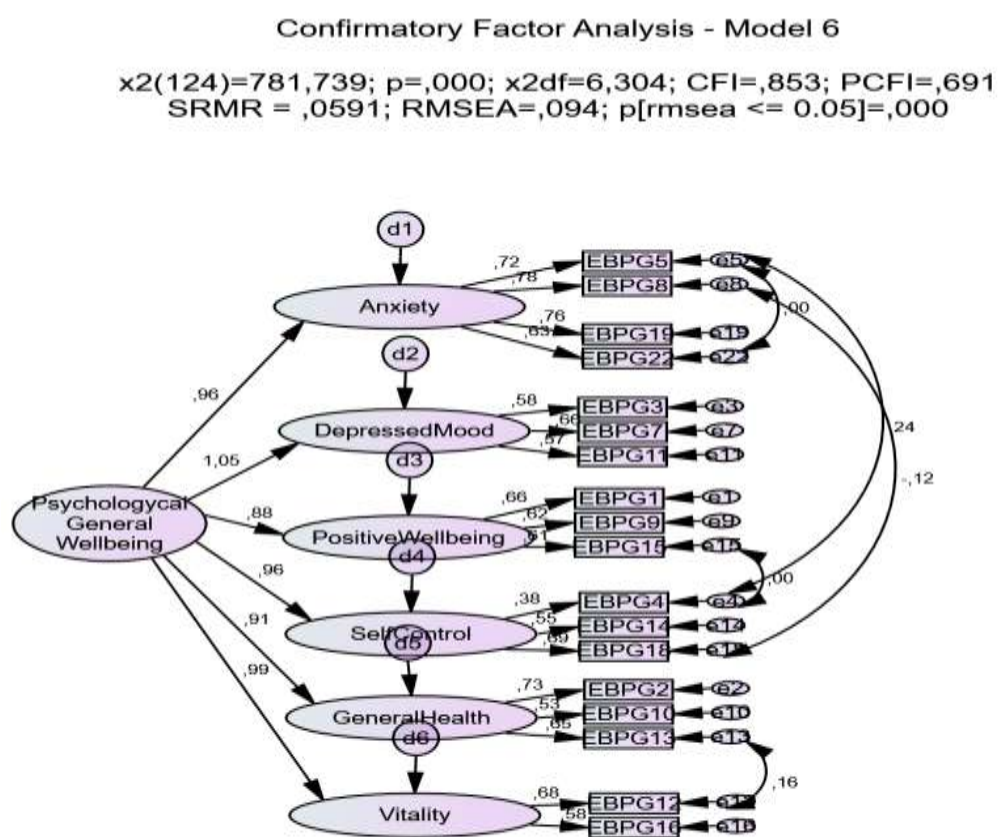


Figura 7: Modelo 6

Feitas as alterações neste modelo, o índice, $\chi^2/df= 6,304$ revelou um mau ajustamento aumentando o seu valor de modo significativo; os índices CFI=0,853 e RMSEA= 0,094; $p[rmsea \leq 0,05] = 0,000$, apresentam novamente um valor sofrível, sendo que o índice CFI diminui e índice RMSEA aumentou mas ambos de modo não

significativo; o índice PCFI= 0,691 revelou novamente um bom ajustamento diminuindo o seu valor de modo não significativo, por fim, o índice SRMR=0,0591 aumentou o seu valor não significativamente continuando desfavorável. Seguidamente, será apresentada a discussão dos resultados descritos.

Discussão dos Resultados:

O presente estudo teve como principal objetivo proceder à validação da Escala *Psychological General Well-being* (Escala de Bem-estar Psicológico Geral), para a população portuguesa.

Após a análise dos resultados obtidos, segue-se então a discussão dos mesmos.

A estrutura fatorial original da Escala *Psychological General Well-being* (Escala de Bem-estar Psicológico Geral) utilizada no modelo de Harold Dupuy (1984), posteriormente à análise dos resultados, não apresentou qualidades psicométricas adequadas quando aferida para a população portuguesa, não permitindo a validação da mesma.

Após várias alterações feitas, ao modelo original proposto pelo autor, por tentativa e erro, os itens não se apresentaram adequados para a população portuguesa, o que levou a pressupor que certos aspetos no procedimento do estudo, representaram limitações, nomeadamente a amostra não alcançar os pressupostos estatísticos desejados.

Constatou-se que permanecem na sua maioria itens com pesos fatoriais baixos e que mesmo com a eliminação de alguns itens, não se conseguiu obter melhores índices de ajustamento.

Contrariamente ao que se verificou em estudos que foram referidos ao longo deste trabalho, com recurso a esta escala, apresentados no capítulo de enquadramento conceptual, verifica-se que esta pode ser usada com validade, em amostras de outras nacionalidades, como para amostras espanholas (Badia, Gutiérrez, Wiklund, & Alonso, 1996), italianas (Grossi et al., 2006) e americanas (Leite, 2006)

Contudo, os dados estatísticos facultados por estes estudos não permitiram perceber a sua fundamentação empírica concreta, o que não me permitiu fazer uma comparação credível com os mesmos.

Apenas um dos estudos referidos me permitiu fazer uma comparação significativamente credível, sendo este o estudo de Rand (1979), apresentado no Estado da Arte (pp.14-15).

A amostra utilizada, baseou-se em 1209 indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e os 75 anos, residentes em Daython (Ohio), e com um rendimento familiar abaixo dos \$25,000 dólares anuais, entre o ano de 1972-1973. Apesar de ter sido utilizada uma amostra diferente, os 22 itens da Escala de Bem-Estar Psicológico Geral, apresentaram-se internamente consistentes quando aferida para esta população, contrariamente ao que aconteceu quando foi aferida para a população portuguesa.

Analizando o “Quadro 1: Estatísticas descritivas do relatório Rand” (p.15) e as subescalas pertencentes à Escala de Bem-estar Psicológico Geral (Anexo 3), utilizando uma amostra representativa da população portuguesa de 600 participantes, foi possível verificar que: o valor da média, de todas as subescalas, quando a Escala de Bem-estar Psicológico Geral é aferida para a população portuguesa, é inferior do que quando aferida para a população de Daython, sendo que as diferenças no valor da média, mais significativas, se observam nas subescalas: Humor depressivo, Autocontrolo e Saúde Geral.

Ao analisar também o valor do desvio-padrão das subescalas, podemos observar que quando aferida para a população portuguesa, o desvio padrão das subescalas Ansiedade, Bem-estar Positivo e Vitalidade diminui, nas subescalas Humor Depressivo e Autocontrolo aumentou e na subescala Saúde Geral manteve-se igual, quando comparado com a população de Daython.

Por fim, ao analisar o Alfa de Cronbac, que demonstra a consistência interna das subescalas apresentadas, foi possível observar que todas as subescalas, quando aferidas para a população portuguesa, diminuíram os valores dos seus Alfas de Cronbac, significativamente, ao contrário do que se verifica na população de Daython, que apresenta valores de consistência interna mais elevados. A única subescala que não apresentou um valor tão significativamente diferente de uma população para a outra foi a subescala Ansiedade.

Estes aspetos são cruciais para perceber o que falhou no presente estudo e o que deve ser alterado em investigações futuras, nomeadamente, a amostra a ser utilizada dever

ter uma faixa etária mais abrangente e mais representativa da população (com um maior número de participantes) e o tempo de administração da Escala de Bem-estar Psicológico Geral deve também ser mais extenso, permitindo-nos obter resultados mais favoráveis.

Relativamente aos aspetos estatísticos da amostra, esta apresentou especificidades (como uma forte concentração do ponto de vista da idade e a nível das habilitações literárias) que terão tido influência sobre os resultados obtidos.

Podemos observar este aspeto com base na análise descritiva da amostra que foi feita, que apesar da faixa etária pretendida ser entre os 18 e os 75 anos, apresenta uma média de idade com um valor de 32.25 ($M=32.25$).

Ao nível da escolaridade houve uma grande parte da população da amostra que na sua maioria tinham apenas o ensino secundário, ou seja o 12º ano (41.8%) e (33.0%) eram licenciados, havendo pouca distribuição da amostra pelas restantes habilitações literárias presentes no questionário.

Outros pressupostos estatísticos foram encontrados. Na generalidade as distâncias do índice Mahalanobis d-squared ($p1$ e $p2 > 0.001$) permitiram perceber que este critério não se cumpriu. Ou seja, em estudos futuros, as seguintes observações na base de dados (*outliers*) devem ser eliminadas, para uma posterior validação desta escala:

408;77;32;35;31;147;189;174;243;210;57;81;33;38;353;407;234;201;241;337;200;302;197

Contudo, os valores de assimetria (Sk) e de Curtose (Ku) demonstram estar dentro dos valores de referência.

Conclusão

Seguidamente serão apresentadas algumas reflexões críticas, bem como os aspetos positivos e negativos acerca deste estudo.

Relativamente aos aspetos negativos deste estudo, foram encontradas ao longo de todo o trabalho, algumas limitações, como o escasso suporte teórico dos estudos existentes, bem como a sua fraca validação empírica, que limitaram de certa forma, a comparação da validação da escala relativamente a outros estudos, sendo que os que existiam, não eram recentes.

A escassez de referências bibliográficas, também foi um ponto considerável, ao longo da revisão literária deste estudo, não só relativamente à escala utilizada mas também ao objetivo em questão, havendo poucas investigações sobre o mesmo. A falta de referências bibliográficas atuais, também é apontada como uma forte e séria limitação.

Outra limitação que deve ser mencionada, é o facto de a amostra ter um tamanho reduzido não permitindo que seja representativa da população portuguesa, apresentando-se concentrada e saturada em alguns fatores.

O tempo de administração da Escala de Bem-estar Psicológico Geral também foi escasso, não permitindo que a obtenção de dados fosse mais extensa e abrangesse um maior número de participantes, não se alcançando as qualidades psicométricas para este estudo desejadas.

Todos estes aspetos, não permitiram elaborar um novo modelo e desta forma, proceder-se às alterações necessárias para que este se adequasse à população em questão.

Contudo, este estudo e apesar de todas as dificuldades presentes, revelou-se pertinente, permitindo verificar o que em investigações futuras terá ter que ser alterado, para que se consiga alcançar o modelo estrutural necessário e a Escala de Bem-estar Psicológico Geral possa ser validada para a população portuguesa.

Referências bibliográficas

Alandete, J. (2015). Does Meaning in Life Predict Psychological Well-Being?:An Analysis Using the Spanish Versions of the Purpose-In-Life Test and the Ryff's Scales.*The European Journal of Counselling Psychology*, 3(2). doi:10.5964/ejcop.v3i2.27

Badia, X., Gutiérrez, F., Wiklund, I., & Alonso, J. (1996).Validity and reliability of the Spanish Version of the Psychological General Well-being Index (pp.101-108).vo 5, 1. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435974>

Dalfovo, M., Lana, R.& Silveira, A. (2008). Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico. 2 (4), 01-13. Disponível em:

http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf

Dewes, J. (2013). *Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling : uma descrição dos métodos* (Monografia apresentada para obtenção do grau de Bacharel em Estatística). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, Departamento de Estatística. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1>

Fazio, A.F. (1977). *A concurrent validational study of the NCHS General Well-being Schedule*. Wisconsin Milwaukee University, USA.

Gaspar, C.L. (2013). *Bem-estar Psicológico e Preocupações De Carreira: Estudo Comparativo Entre Empregados e Desempregados*.Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal

Grossi, E. , Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A. , Apolone, G. (2006). *Health and Quality of Life Outcomes: Development and validation of the short version of the Psychological General Well-being Index (PGWB-S)* (pp. 1-8).

Hidalgo, J. L. T., Bravo, B. N., Martínez, I. P., Pretel, F.A. , Postigo, J. M. L. , Rabadán, F.E. (2010). *Psychological Well-Being: Psychology of Emotions, Motivations and Actions*(Chap.2, pp. 77-113). Ingrid E. Wells. Disponível via Ebsco host em:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMzQ2MDY0X19BTg2?sid=756d9933-9275-4e07-a269-02933b200438@sessionmgr115&vid=40&format=EB&rid=6>

Leite, A.(2006). *Determinantes Psicossociais Da Adesão Do Teste Pré-sintomático Em Doenças Neurológicas Hereditárias De Aparecimento Tardio*. (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal

Machado, L.W. (2010). *Escala de Bem-estar Psicológico: Adaptação para o Português Brasileiro e Evidências de Validade*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Machado, L.W. & Bandeira, D.R. (2012). Bem-estar Psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>

Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações*, (2edição) (pp. 180-181). Portugal: Report Number (Análise e Gestão de Informação LDA)

Rocha, T.I.C. (2015). *O papel moderador de algumas características sócio-demográficas na relação entre a Regulação Emocional e o Bem-Estar: um estudo com trabalhadores portugueses*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra, Portugal

Ware, J. (1986) (1986). *The assessment of health status*. In Aiken LH, Mechanic D, editors. *Applications of social sciences to clinical medicine and health policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, pp. 204-228

Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, E.D.(1994): *The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales : A User`s Manual*. Boston, MA, the Health Institute

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30: 473-483

Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado



Consentimento Informado

Projeto de Investigação sobre a Perceção acerca da Saúde e sobre o Bem-estar Psicológico geral

O presente projeto de investigação insere-se num estudo a desenvolver no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona do Porto (ULP). Tem como principal objetivo, através de dois questionários com uma finalidade concreta, avaliar a perceção que as pessoas têm acerca da saúde bem como sobre o seu Bem-estar Psicológico geral.

O estudo inclui ainda, um terceiro questionário relativo a aspetos ligados ao uso da Internet e do Facebook, que permitirão dar continuidade a estudos que decorrem sobre este tema. Pretende-se assim, contribuir para a aquisição de um maior conhecimento quanto à perceção individual acerca da saúde física e também psicológica. É fundamental para o sucesso do nosso estudo a participação do maior número possível de pessoas, tornando-se portanto de extrema relevância a sua participação no caso de ter mais de 18 anos e ser Português.

Pedíamos assim a sua colaboração, sendo importante ter as seguintes informações:

- A participação é completamente voluntária, podendo o indivíduo recusar-se a participar ou até mesmo desistir a qualquer momento da sua participação;
- Toda e qualquer tipo de informação fornecida no decorrer da participação, bem como nos questionários, será confidencial e mantida em anonimato;
- A sua colaboração não tem qualquer custo ou risco, uma vez que as informações são recolhidas através dos três questionários acima referidos, a serem disponibilizado no momento da recolha de dados.

Após a leitura das informações acima referidas, caso concorde, de livre vontade em participar, por favor, assine no local indicado abaixo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Data: _____

Anexo 2.Estudo sobre a perceção acerca da saúde e sobre o bem-estar psicológico geral

Data: _____

**Estudo sobre a perceção acerca da saúde e
sobre o bem-estar psicológico geral**

O estudo visa conhecer a perceção que as pessoas têm acerca da sua própria saúde e sobre o seu bem-estar psicológico geral, bem como analisar os dados sociodemográficos e informações sobre a utilização do Facebook e da Internet, com o objetivo de compreender a relação entre todas estas variáveis.

Questionário Sociodemográfico

Todos os campos devem ser devidamente preenchidos.

1	Sexo	1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino <input type="checkbox"/>
2	Idade	_____
3	Estado Civil	1) Solteiro/a <input type="checkbox"/> 2) Namorado/a <input type="checkbox"/> 3) Casado/a ou União de Facto <input type="checkbox"/> 4) Divorciado/a ou Separado/a <input type="checkbox"/> 5) Viúvo <input type="checkbox"/>
4	Escolaridade	1) 1º Ciclo (4º ano) <input type="checkbox"/> 2) 2º Ciclo (6º ano) <input type="checkbox"/> 3) 3º Ciclo (9º ano) <input type="checkbox"/> 4) Ensino Secundário (12º ano) <input type="checkbox"/> 5) Licenciatura <input type="checkbox"/> 6) Mestrado <input type="checkbox"/> 7) Doutoramento <input type="checkbox"/>
5	Profissão	1) Estudante <input type="checkbox"/> 2) Trabalhador <input type="checkbox"/> 3) Trabalhador estudante <input type="checkbox"/> 4) Doméstico /a <input type="checkbox"/> 5) Desempregado /a <input type="checkbox"/> 6) Reformado /a <input type="checkbox"/>
6	Nos tempos livres tem algum <i>hobbie</i>?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>

Questões relacionadas com a doença:

1	Já alguma vez teve uma doença grave?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
2	Tem alguma doença crónica?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
3	No caso de ter doença crónica há quanto tempo a tem?	Menos de um ano <input type="checkbox"/> Entre 1 e 3 anos <input type="checkbox"/> Entre 3 e 5 anos <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos <input type="checkbox"/>
4	Alguma vez esteve hospitalizado?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO ACERCA DA SAÚDE (John E. Ware, 1976)

Por favor, leia cada uma das frases e depois desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase é verdadeira ou falsa para si. Não existem respostas certas ou erradas.

Se a frase for completamente verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se a frase for verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente.

Se não souber se a frase é verdadeira ou falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente.

		Completa mente verdadeira	Verdadeira	Não sei	Falsa	Completa mente falsa
1	De acordo com os médicos por mim consultados, a minha saúde está agora excelente.	5	4	3	2	1
2	Tento evitar que a doença interfira na minha vida.	5	4	3	2	1
3	Parece que adoeço mais facilmente do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
4	Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.	5	4	3	2	1
5	Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes.	1	2	3	4	5
6	Nunca me preocupo com a minha saúde.	1	2	3	4	5
7	A maioria das pessoas adoece mais facilmente do que eu.	5	4	3	2	1
8	Não gosto de ir ao médico.	5	4	3	2	1

9	Estou um pouco doente.	1	2	3	4	5
10	No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço.	5	4	3	2	1
11	Uma vez estive tão doente que pensei que morreria.	1	2	3	4	5
12	Não sou tão saudável agora, como já fui.	1	2	3	4	5
13	Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde deles.	5	4	3	2	1
14	Quando estou doente, tento continuar como de costume.	5	4	3	2	1
15	O meu corpo parece resistir muito bem à doença.	5	4	3	2	1
16	Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida.	5	4	3	2	1
17	Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço	5	4	3	2	1
18	Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora.	1	2	3	4	5
19	Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.	5	4	3	2	1
20	Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha.	1	2	3	4	5
		Completamente verdadeira	Verdadeira	Não sei	Falsa	Completamente falsa
21	Quando estou doente, tento guardar isso para mim.	5	4	3	2	1

22	A minha saúde é excelente.	5	4	3	2	1
23	Espero ter uma vida com muita saúde.	5	4	3	2	1
24	A minha saúde é uma preocupação na minha vida.	5	4	3	2	1
25	Às vezes, sinto que vou adoecer.	5	4	3	2	1
26	Ultimamente, tenho-me sentido mal.	1	2	3	4	5
27	Não me incomoda ir ao médico.	5	4	3	2	1
28	Nunca estive seriamente doente.	5	4	3	2	1
29	Quando alguma coisa está para acontecer, geralmente apercebo-me.	1	2	3	4	5
30	Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde.	1	2	3	4	5
31	Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.	5	4	3	2	1
32	Sinto-me tão bem agora como sempre me tenho sentido.	5	4	3	2	1
33	Durante os últimos três meses, quanto é que a sua saúde o preocupou ou aborreceu?	Muito – 1 Alguma coisa – 2 Um pouco – 3 Nada – 4				

EBEPG - ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO GERAL (Dupuy, 1984)

Instrução: Nesta escala encontrará questões acerca do seu bem-estar e de como tem passado. Para cada questão deve escolher a resposta que melhor se aplica.

Nota: Todas as questões desta escala referem-se aos sintomas e sentimentos vividos durante o último mês.

1. Como se tem sentido em geral?	5. De excelente humor 4. De muito bom humor 3. De bom humor quase sempre 2. Tenho altos e baixos com frequência 1. Quase sempre de mau humor 0. De muito mau humor
2. Com que frequência tem doenças, indisposições, dores?	0. Todos os dias 1. Quase todos os dias 2. Cerca de metade do tempo 3. De vez em quando, mas menos de metade do tempo 4. Raramente 5. Nunca
3. Sente-se deprimido/a?	0. Sim, a ponto de pensar em me matar 1. Sim, a ponto de não ligar a nada 2. Sim, muito deprimido/a quase todos os dias 3. Sim, bastante deprimido/a muitas vezes 4. Sim, um pouco deprimido/a de vez em quando 5. Não, nunca me senti deprimido/a
4. Tem tido controle firme do seu comportamento, pensamentos, emoções	5. Sim, claramente 4. Sim, quase sempre

ou sentimentos?	<p>3. Geralmente</p> <p>2. Não muito bem</p> <p>1. Não e estou de certo modo perturbado/a</p> <p>0. Não e estou muito perturbado/a</p>
5. Tem sido incomodado/a pelo nervosismo ou pelos seus nervos?	<p>0. Extremamente, a ponto de não poder trabalhar ou tratar das coisas</p> <p>1. Muito</p> <p>2. Bastante</p> <p>3. Um pouco, o suficiente para me incomodar</p> <p>4. Um pouco</p> <p>5. Nada</p>
6. Que energia, vigor ou vitalidade teve ou sentiu?	<p>5. Muito cheio/a de energia, cheio/a de vigor</p> <p>4. Bastante energia a maior parte do tempo</p> <p>3. O meu nível de energia variou bastante</p> <p>2. Geralmente pouca energia ou vigor</p> <p>1. Muito pouca energia ou vigor a maior parte do tempo</p> <p>0. Nenhuma energia ou vigor a maior parte do tempo</p>
7. Sentia-me abatido/a e melancólico/a	<p>5. Nunca</p> <p>4. Parte do tempo</p> <p>3. Algumas vezes</p> <p>2. Bastantes vezes</p> <p>1. A maior parte do tempo</p> <p>0. Todo o tempo</p>

<p>8. Esteve geralmente tenso/a ou sentia alguma tensão?</p>	<p>0. Sim, extremamente tenso/a a maior parte do tempo</p> <p>1. Sim, muito tenso/a a maior parte do tempo</p> <p>2. Geralmente não tenso/a, mas sentia-me bastante tenso/a algumas vezes</p> <p>3. Sentia-me um pouco tenso/a algumas vezes</p> <p>4. O meu nível de tensão era bastante baixo</p> <p>5. Nunca me senti tenso/a</p>
<p>9. Que felicidade, satisfação ou prazer tem tido na sua vida pessoal?</p>	<p>5. Extremamente feliz, não poderia estar mais satisfeito/a ou contente</p> <p>4. Muito feliz quase sempre</p> <p>3. Geralmente satisfeito/a, contente</p> <p>2. Às vezes bastante feliz, às vezes bastante infeliz</p> <p>1. Geralmente insatisfeito/a, infeliz</p> <p>0. Muito insatisfeito/a ou infeliz a maior parte do tempo</p>
<p>10. Sentia-se com saúde suficiente para levar a cabo as coisas que gostaria ou tinha que fazer?</p>	<p>5. Sim, perfeitamente</p> <p>4. Para a maior parte do tempo</p> <p>3. Problemas de saúde limitaram-me de certa forma</p> <p>2. Tinha saúde suficiente apenas para tratar de mim mesmo/a</p> <p>1. Precisava de alguma ajuda apenas para tratar de mim</p> <p>0. Precisava de alguém para me ajudar na maior parte de todas as coisas que tinha que fazer</p>
<p>11. Já se sentiu triste, desencorajado/a, desesperado/a ou teve tantos problemas que se questionou se haveria alguma coisa</p>	<p>0. Extremamente, a ponto de quase desistir</p> <p>1. MUITÍSSIMO</p>

que valesse a pena?	<p>2. Bastante</p> <p>3. Bastante, o suficiente para me incomodar</p> <p>4. Um pouco</p> <p>5. Nada</p>
12. Acordei, sentindo-me fresco/a e descansado/a	<p>0. Nunca</p> <p>1. Poucas vezes</p> <p>2. Algumas vezes</p> <p>3. Bastantes vezes</p> <p>4. A maior parte das vezes</p> <p>5. Sempre</p>
13. Tem estado preocupado/a ou teve algum receio pela sua saúde?	<p>0. MUITÍSSIMO</p> <p>1. Muito</p> <p>2. Um pouco</p> <p>3. Um pouco, mas não muito</p> <p>4. Praticamente nunca</p> <p>5. Nunca</p>
14. Teve algum motivo para recear perder o juízo, ou perder o controle no modo de agir, falar, sentir ou da memória?	<p>5. Não</p> <p>4. Só um pouco</p> <p>3. Um pouco, mas não o suficiente para me preocupar</p> <p>2. Um pouco e tenho estado um pouco preocupado/a</p> <p>1. Um pouco e estou bastante preocupado/a</p> <p>0. Sim, muito e estou muito preocupado/a</p>
15. A minha vida diária estava cheia de coisas interessantes para mim.	<p>0. Nunca</p>

	<p>1. Um pouco</p> <p>2. Parte do tempo</p> <p>3. Bastante</p> <p>4. A maior parte do tempo</p> <p>5. Sempre</p>
16. Sentia-se activo/a, vigoroso/a, ou triste e indolente?	<p>5. Muito ativo/a, vigoroso/a - todos os dias</p> <p>4. Quase sempre ativo/a, vigoroso/a - nunca triste, indolente</p> <p>3. Bastante ativo/a, vigoroso/a - raramente triste, indolente</p> <p>2. Bastante triste, indolente - raramente ativo/a, vigoroso/a</p> <p>1. Quase sempre triste, indolente - nunca verdadeiramente ativo/a, vigoroso/a</p> <p>0. Muito triste, indolente todos os dias</p>
17. Tem-se sentido ansioso/a, preocupado/a ou aborrecido/a?	<p>0. MUITÍSSIMO, a ponto de ficar doente ou quase doente</p> <p>1. Muito</p> <p>2. Bastante</p> <p>3. Às vezes, o suficiente para me incomodar</p> <p>4. Um pouco</p> <p>5. Nada</p>
18. Eu estava emocionalmente estável e seguro/a de mim mesmo/a	<p>0. Nunca</p> <p>1. Um pouco</p> <p>2. Algumas vezes</p>

	<p>3. Bastantes vezes</p> <p>4. A maior parte do tempo</p> <p>5. Todo o tempo</p>
19. Sentia-se relaxado/a e à-vontade ou nervoso/a, apertado/a, fechado/a?	<p>5. Sentia-se relaxado/a e à-vontade todo o mês</p> <p>4. Sentia-se relaxado/a e à-vontade a maior parte do tempo</p> <p>3. Geralmente sentia-se relaxado/a, mas às vezes bastante nervoso/a</p> <p>2. Geralmente sentia-se nervoso/a, mas às vezes bastante relaxado</p> <p>1. Sentia-se nervoso/a, apertado/a ou fechado/a a maior parte do tempo</p> <p>0. Sentia-se nervoso/a, apertado/a, fechado/a durante todo o mês</p>
20. Sentia-me alegre, jovial	<p>0. Nunca</p> <p>1. Parte do tempo</p> <p>2. Algumas vezes</p> <p>3. Bastantes vezes</p> <p>4. A maior parte do tempo</p> <p>5. Todo o tempo</p>
21. Sentia-me cansado/a, esgotado/a ou exausto/a	<p>5. Nunca</p> <p>4. Parte do tempo</p> <p>3. Algumas vezes</p> <p>2. Bastantes vezes</p> <p>1. A maior parte do tempo</p> <p>0. Todo o tempo</p>

22. Tem estado ou sentiu que estava debaixo de esforço, stress ou tensão?	0. Sim, quase mais do que eu poderia suportar 1. Sim, bastante tensão 2. Sim, alguma, mais do que o normal 3. Sim, alguma, mas quase o normal 4. Sim, um pouco 5. Não, nada
---	--

Anexo 3. Análise Descritiva das subescalas pertencentes à EBEPG – Escala de Bem – Estar Psicológico Geral, quando aferida para a população portuguesa, com uma amostra de 600 participantes

Subescalas	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbac
Ansiedade	16.21	4.41	.84
Humor depressivo	10.92	2.70	.64

Bem-estar positivo	12.13	3.35	.74
Auto-Controlo	10.80	2.71	.51
Saúde Geral	10.21	2.50	.66
Vitalidade	12.80	3.07	.75